

ANEXO I – RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

IMPORTANTE: la documentación deberá ser firmada en forma ológrafa (manuscrita) únicamente. Resol. 1743/24 SSSalud.

COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre del beneficiario/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

DNI: _____

Domicilio: _____

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor/a: _____

Diagnóstico / Capacidad Funcional (sensorial, mental, motora):

Antecedentes significativos de la Historia Clínica:

Datos significativos del Examen Clínico / Evolución del/a paciente en el último año:

Valoración por escala FIM / Puntaje total (completar ficha) - *Sólo en caso de dependencia* -

Prestaciones que recibe actualmente:

En relación a la alimentación / vestido / limpieza, la persona es: _____

☐ Dependiente ☐ Autoválido

Fecha: ____ / ____ / ____ Firma del/a Profesional: _____

Aclaración: _____

Sello: _____

Teléfono de contacto del/a profesional o del Consultorio:
